



Professioneel statuut 2022

Versie 22 juni 2022

Professioneel statuut

Doel	Het geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen VNN wordt verleend en beschrijft de te onderscheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de professionals binnen VNN.
Doelgroep	Zorgprofessionals van VNN
Versiedatum	22 juni 2022
Status	Definitief
Documenteigenaar	Directeur Zorg
Documentbeheerder	Attie van der Meulen, beleidsadviseur
Relatie met andere documenten	<ul style="list-style-type: none">– Kwaliteitsstatuut VNN– Taken en verantwoordelijkheden opleiders

Inleiding

VNN is een professionele zorgorganisatie voor verslavingszorg. Professionaliteit en inhoud van zorg staan voorop binnen VNN. Hoe deze zorg geregeld is en wie hierbij een rol hebben is vastgelegd in dit professioneel statuut. In het kwaliteitsstatuut wordt de totale zorg van VNN nader beschreven. Dit professioneel statuut hangt nauw samen met het kwaliteitsstatuut. Het professioneel statuut heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking; een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen) werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de ketenzorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de behandeling en begeleiding.

Het statuut vormt het kader van de samenwerking. Kern voor deze samenwerking is de professionele verantwoordelijkheid, autonomie en collegialiteit. Daadwerkelijke samenwerking komt op natuurlijke wijze in de praktijk tot stand en wordt niet geregeld in een statuut. Ook beschrijft dit professioneel statuut de verhouding tussen de verantwoordelijkheden van de professional en de leidinggevende.

De kaders van VNN worden in de visie en missie beschreven. En verder in grote lijnen in het meerjarenbeleidsplan en een uitwerking daarvan in jaarplannen waarbij de professionals een belangrijke stem hebben in het ontwikkelen en vaststellen van het kwaliteits- en zorgbeleid waarbij herstel als leidend principe wordt meegenomen.

Wetgeving

De Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening. In de WGBO staan de rechten en de plichten van cliënten die zorg krijgen en van de hulpverlener die de zorg bieden. De WGBO gaat over de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Een belangrijk begrip in de WGBO is 'informed consent'. Dit betekent dat de cliënt toestemming geeft voor het uitvoeren van de behandeling bij VNN en akkoord gaat met zijn behandelplan/ zorgplan. Dit kan de cliënt alleen doen als hij goed geïnformeerd is over de behandeling. De informatieplicht van de behandelaar en de toestemming van de cliënt vormen samen het 'informed consent'.

De behandelovereenkomst tussen cliënt en VNN wordt verwoord in en valt als het ware samen met het zorgplan. Dit zorgplan kan naarmate de behandeling vordert, steeds specifiekere beschreven worden.

Professionals

Professionals in dit statuut, zijn medewerkers die een erkend beroep uitoefenen en direct bij de zorg van cliënten betrokken zijn.

- Professionals hebben een eigen professionele beroepsverantwoordelijkheid en hebben binnen de kaders van VNN de ruimte hun werk zelf vorm te geven.
- Zij laten zich op hun professionele verantwoordelijkheid aanspreken door cliënten en andere (collega) professionals.
- Professionals werken interdisciplinair en multidisciplinair met elkaar samen. Zij werken ook samen met hun leidinggevendenden, niet zozeer in de behandeling van de individuele cliënt als wel in het (bredere) kader van de kwaliteit van zorg.
- Het leidend principe is de positie van professionals, die bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben, die in de Wet BIG of door opname in een kwaliteitsregister verankerd zijn.

- Het werkgebied van de professional wordt zowel bepaald door zijn competentie, die hij door zijn professionele opleiding en ervaring heeft verworven, als door de functie die hij binnen die competenties vervult.
- De professional is verantwoordelijk voor zorg die voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van zijn eigen beroepsgroep.
- De professional is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening; VNN biedt hiertoe de randvoorwaarden.
- De professional is op de hoogte van de kernpunten van de (wettelijke) richtlijnen en de verhouding tussen zijn verantwoordelijkheid en die van de leidinggevende.
- Wanneer de professional binnen deze kaders blijft en zich aan de (wettelijke) richtlijnen houdt, kan hij zich beschermd en gesteund weten bij interne of externe toetsing.
- De professional houdt zich aan regels die in VNN zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg. Het meerjarenplan en de daaruit afgeleide jaarplannen zijn daarbij leidend.
- De professional kent zijn professionele grenzen en weet wanneer hij anderen inschakelt. Hij behandelt en begeleidt vanuit een zorgplan (dat in samenwerking met de cliënt is opgesteld) en houdt het dossier goed bij. VNN respecteert de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de professional bij de zorg voor individuele cliënten
- Professionals van VNN zullen binnen de behandeling aandacht hebben voor naasten van de cliënten.
- De professional neemt deel aan werkoverleg en intervisie.
- De professional is lid van een vakgroep.

In dit statuut wordt uitgegaan van beroepen en de landelijke beroepenstructuur. Aan een beroep is een beroepsopleiding, beroepsprofiel, beroepscode en beroeps-verantwoordelijkheid verbonden. Over functies gaat het in dit statuut niet. Vanuit een beroep wordt een bepaalde functie uitgeoefend en dat is de relatie tussen een beroep en een functie.

‘Er is sprake van professionele autonomie wanneer een professional naar eigen inzicht kan bepalen welke vorm van hulp of dienstverlening de beste is voor de cliënt. De professional heeft daarin een eigen beslissingsbevoegdheid (Hutschemaekers, 2001).
 Professionele autonomie betreft daarmee het omgaan met zelfstandigheid en vrijheid.
 Een voorwaarde voor autonomie is het erkennen dat persoonlijke mogelijkheden begrensd zijn en dat de omgeving grenzen biedt. Autonomie wordt ten eerste begrensd door de cliënt, waarbij de hulpverlener zijn handelen afstemt op de wensen en behoeften van de cliënt. De tweede begrenzing bestaat uit de beroepscode, relevante richtlijnen, standaarden en protocollen. Tenslotte vraagt het werken in een team en in een zorgketen om afstemming en samenwerking.
 De professional moet een goede balans zien te vinden tussen zijn ‘discretionaire ruimte’ en de grenzen die het werk in de praktijk met zich mee neemt (Van Dam & Vlaar, 2007; Van Yperen, 2010)’.

Hoofdstuk 1 Verantwoordelijkheidsverdeling binnen VNN

Bij VNN bieden we zowel basis- als specialistische GGZ (SGGZ).

Bij de BasisGGZ gaat het om mensen met lichte tot matige verslavingsproblematiek of mensen met stabiele chronische problematiek. In de BasisGGZ wordt de behandeling veelal monodisciplinair aangeboden.

Bij de SGGZ gaat het om behandeling voor cliënten met ernstigere problematiek, waarbij we de behandeling multidisciplinair aanbieden en naar intensiteit van de zorgvraag de behandeling uitvoeren.

Binnen de SGGZ en de forensische zorg wordt behandeling geboden vanuit multidisciplinaire teams. Er bestaat echter alleen een individuele verantwoordelijkheid en geen teamverantwoordelijkheid. Tegelijkertijd is de behandeling een collectieve aangelegenheid waarbij meerdere professionals met elkaar samenwerken.

Per 1 januari 2022 is het Zorgprestatiemodel ingevoerd, dit is de financiering van de zorg vanuit de zorgverzekeringswet en voor de forensische zorg. Het model stelt geen eisen aan het professioneel statuut als zodanig maar geeft aan dat de zorg en de verantwoordelijkheidsverdeling van het statuut aan moet sluiten bij het landelijke kwaliteitsstatuut (LKS).

Hoelang het onderscheid tussen de basisggz en specialistische ggz blijft bestaan is niet duidelijk. Voor dit professioneel statuut hanteren we dit onderscheid nog wel.

1. Regiebehandelaren

Bij VNN worden behandelingen binnen de specialistische GGZ en de forensische zorg altijd gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een verslavingsarts, psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor het MDO.

Na het triageproces na de aanmelding wordt een passende regiebehandelaar gekoppeld aan het intake-traject. Naast de regiebehandelaar wordt er een intaker aangesteld die als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en het daadwerkelijke start van de behandeling.

Uitgangspunten VNN:

- Voor alle cliënten in de specialistische GGZ en forensische zorg geldt dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd kunnen fungeren als regiebehandelaar.
- Voor een aantal behandeltrajecten in de SGGZ van VNN (*zie tabel*) wordt een andere regiebehandelaar ingezet.
- Bij jeugd (<18 jaar) kunnen naast de eerdergenoemde regiebehandelaren ook de (kinder-en jeugd) GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsychiater en de orthopedagoog regiebehandelaar zijn.

Elke cliënt in de basis- of specialistische GGZ en forensische zorg heeft een regiebehandelaar. (bij anders gefinancierde zorg (WMO en Jeugdwet) is dit binnen VNN niet het geval). Het regiebehandelaarschap is binnen VNN niet specifiek ingedeeld op cliëntcategorieën maar meer op de ernst van de verslavingsproblematiek en de ernst van de bijkomende problematiek (*Zie hiervoor de tabel op pagina 5*). De bevoegdheden en de competenties van de individuele beroepen bepaalt of deze de aangewezen regiebehandelaar van een cliënt kan zijn. Uit de Wet BIG volgt dat de zorgverlener zowel bevoegd als bekwaam moet zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren.

Regiebehandelaar	Basis GGZ	Spec. GGZ	For. zorg	Zwaartepunt cliëntproblematiek en behandeling
Psychiater	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op de met elkaar interacterende psychiatrische comorbiditeit of bij wie de veiligheid van henzelf of anderen in gevaar komt door de psychiatrische comorbiditeit. (De psychiater wordt altijd betrokken als er een WVGZ maatregel overwogen wordt of uitgevoerd wordt en bij hulpvragen om euthanasie of hulp bij zelfdoding).
Klinisch psycholoog	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op de minder vaak voorkomende en/of meervoudige psychische aandoeningen die meerdere gebieden van het functioneren kunnen betreffen. Ook zorgvragen met een spoedeisend karakter of bij non-respons op protocollaire behandeling.
Verslavingsarts KNMG	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op de (ernstige) verslaving en bij wie er sprake is van comorbiditeit op somatisch, psychologisch, psychiatrisch en/of sociaal vlak. (Bij opiaat- en medicatieverslavingen wordt de verslavingsarts, indien geen regiebehandelaar, te allen tijde betrokken).
GZ-psycholoog	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op de behandeling die gericht is op de psychologische factoren van de problematiek. De psychische problematiek varieert van enkelvoudig tot matig complex. Het gaat om cliënten die behandeld kunnen worden met grotendeels protocollaire psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter.
Psychotherapeut	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op psychische problematiek die de ontwikkeling en/of het functioneren belemmert. De problematiek kan in de persoonlijkheid van de cliënt geworteld zijn en/of sterk verweven zijn met diens relationele context. Het gaat hierbij om de interactie tussen de problemen of de ontwrichtende impact van de problemen op de levensgebieden.
Verpleegkundig specialist (GGZ)	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt van de behandeling ligt op de gevolgen van de behandeling en de ziekte voor de ervaren gezondheid, het psychisch functioneren, de kwaliteit van leven en de waardigheid van het leven.
Verpleegkundig specialist (AGZ)	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt van de behandeling ligt op de gevolgen van de behandeling en de ziekte voor de ervaren gezondheid, het lichamelijk functioneren, de kwaliteit van leven en de waardigheid van het leven.
Soc. Psych. Verpleegk. (SPV)	ja	ja	ja	Is regiebehandelaar passend bij het type behandeling en de doelgroep. Met name bij cliënten bij wie het zwaartepunt ligt op de (chronische) verslaving met andere psychiatrische aandoeningen en sociale en maatschappelijke problematiek. De behandeling is gericht op het leren omgaan met dan wel accepteren van de ziekte. En op empowerment, rehabilitatie en het versterken van het zelfregulerend vermogen van de cliënt en zijn systeem.

Orthopedagoog generalist	ja	ja	ja	Bij kinderen en jeugdigen met psychische problemen en de context waarbinnen zij opgroeien, óf bij die cliënt bij wie naast verslaving ook sprake is van een verstandelijke beperking.
-----------------------------	----	----	----	---

Belangrijke uitgangspunten:

- 1) Voor alle genoemde cliëntgroepen geldt dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.
- 2) Voor alle genoemde groepen geldt dat bij hulpvragen die buiten de deskundigheid van de (regie) behandelaar liggen een andere beroepsbeoefenaar wordt geconsulteerd of betrokken.
- 3) Bij de forensische zorgvraag gaat het om cliënten bij wie het zwaartepunt van de (verslavings) behandeling gericht is op het voorkomen van recidive, het bieden van de benodigde beveiliging (klinisch) en het kunnen sturen tussen het wetgevend kader (wet forensische zorg) en actuele hulpverleningsprocessen.
- 4) Bij de cliënten die zorg krijgen in het kader van de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) ligt het zwaartepunt van de (verslavings) behandeling op het toepassen van verplichte zorgvormen. Hierbij is kennis van dwang- en drangmogelijkheden, het kunnen inschatten van gevaar en doen van interventies teneinde verdere schade te voorkomen noodzakelijk evenals het kunnen communiceren met relevante ketenpartners.

Competenties regiebehandelaren

De vereiste competenties van de regiebehandelaar zijn ingedeeld in 3 thema's. De regiebehandelaar van VNN voldoet aan de competenties op deze 3 thema's.

1. Wettelijk en opleidingskader rondom competenties

- De regiebehandelaar heeft competenties verkregen d.m.v. een landelijk erkende beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie. Of d.m.v. een landelijk erkende beroepsopleiding met een substantieel opleidingsonderdeel ggz, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie.
- Voor de rol van regiebehandelaar geldt: minimaal vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende hbo-master (NLQF7) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel ggz, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie, mits de dominante problematiek binnen het deskundigheidsgebied van de zorgverlener ligt.
- Bij alle omstandigheden van complexiteit geldt dat de regiebehandelaar moet beschikken over competenties op het vlak van de (dominante) problematiek die in de behandeling van de betreffende cliënt speelt.
- Uit de naamvoering blijkt welke opleiding de regiebehandelaar heeft afgerond.

2. Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen

- De regiebehandelaar is in staat om verschillende onderdelen van het diagnostisch proces samen te brengen en een conclusie of diagnose te vormen.
- De regiebehandelaar heeft kennis over het voorkomen van multipiele psychische problematiek en over hoe verschillende soorten problematiek op elkaar kunnen inwerken.

- Bij problematiek op meerdere leefgebieden heeft de regiebehandelaar de expertise om een juiste inschatting te maken van het best passende zorgaanbod en de best passende behandeling en begeleiding voor de cliënt op elk van die dimensies.
- De regiebehandelaar kan inschatten of tijdens de probleemanalyse dominante problematiek bij de patiënt aanwezig is die niet past bij zijn deskundigheidsgebied. De regiebehandelaar verwijst de cliënt in dat geval door naar een andere regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar kan inschatten bij welke zorgvraag en op welk moment een andere zorgverlener moet worden geraadpleegd.

3. Competenties op het gebied van communicatie en samenwerken

- De regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden inzake het contact met de individuele cliënt.
- De regiebehandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden en kennis om afspraken te maken met de andere betrokken zorgverleners, zowel intern als extern.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling van de cliënt en past hierbij het samen beslissen toe.

Bijzondere situaties

Binnen de complexe zorg kunnen bepaalde situaties voorkomen of bijzondere handelingen nodig zijn, waarvoor competenties zijn vereist die zijn verkregen in een erkende medische (specialistische) vervolgopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Een psychiater met passende competenties moet worden ingeschakeld als:

- A. Dwangtoepassing in het kader van de WGBO of WVGZ wordt overwogen. Indien de zorgverantwoordelijke geen psychiater is vindt afstemming over de uitvoering altijd vooraf met de geneesheer-directeur (GD) plaats conform de eisen van de WVGZ.
- B. Een medische verklaring moet worden opgesteld in het kader van de WVGZ waarbij de psychiater zelf niet betrokken mag zijn bij de behandeling.

Taken regiebehandelaren

Uit de beschreven competenties blijkt dat de regiebehandelaar zorg draagt voor de integraliteit van het behandelproces en een aandeel heeft in de inhoudelijke behandeling. Dit betekent concreet in taken:

- Hij heeft een rol en taak bij de intake, diagnostiek, zorgtoewijzing en in de coördinatie van het behandelproces.
- Hij zorgt ervoor dat er in samenspraak met de cliënt en met betrokken bevoegde en bekwame behandelaren een zorgplan wordt opgesteld en stelt deze vast. Hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en wordt bijgesteld.
- De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens naasten over het beloop van de behandeling. Dit kan gedelegeerd worden aan de behandelaar/zorghouder.
- De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Alle betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de dossiervoering.
- De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere betrokken zorgverleners. De regiebehandelaar volgt de bijdragen van andere behandelaren en toetst of deze passen binnen het zorgplan.

- Hij heeft een coachende rol in het multidisciplinaire team, biedt consultatie aan betrokken behandelaars maar spreekt de behandelaar ook aan wanneer hij op de hoogte is van een tekortkoming of wanneer er sprake is van een structureel probleem.
- Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming (met toestemming van de cliënt).

De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het zorgplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de cliënt met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling.

2. Behandelaren

Op geleide van de zorgtoewijzing en vaststelling van het zorgplan door de regiebehandelaar biedt de behandelaar binnen zijn deskundigheidsgebied zelfstandig zorg. De behandelaar legt hierbij voor zijn aandeel in de zorg en voor de uitvoering van het zorgplan verantwoording af aan de regiebehandelaar. De volgende professionals kunnen behandelaar zijn:

- psychiater
- verslavingsarts KNMG
- basisarts
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- gezondheidszorg psycholoog
- verpleegkundig specialist ggz
- verpleegkundig specialist agz
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- verpleegkundige
- GGZ-agoog
- basispsycholoog,
- orthopedagoog (jeugd < 18 jaar).
- systeemtherapeut
- vaktherapeut

Ook een vaktherapeut (beoogd art.34 BIG) of een niet BIG-geregistreerde professional (waaronder de ervaringsdeskundige), kan onder begeleiding en supervisie van een BIG geregistreerde professional ingezet worden als behandelaar.

De professional in opleiding tot één van deze beroepen kan onder supervisie ook behandelaar zijn. De professional in opleiding heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en werkt verder onder de verantwoordelijkheid en supervisie/werkbegeleiding van de professional uit het beroep waartoe hij wordt opgeleid. Hij heeft de taken en bevoegdheden passend bij het beroep waarin hij reeds is opgeleid. De werkafspraken worden in opleidingsreglementen vastgelegd.

Algemeen geldend is dat een professional in opleiding niet eigenstandig (regie)behandelaar is.

Binnen VNN bejegenen we de cliënt respectvol, verlenen we de zorg doelmatig en naar de professionele standaard. We benutten de samenwerking met collega's van de eigen en andere beroepsgroepen optimaal en laten ons door collega's op ons functioneren aanspreken.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de individuele cliëntenzorg onderscheiden we de regiebehandelaar, de behandelaar, de begeleider en waar nodig een zorghouder.

Een professional, die een beroep heeft dat niet in de Wet BIG is vastgelegd of niet in een kwaliteitsregister is opgenomen oefent zijn beroep uit onder verantwoordelijkheid en direct toezicht van een professional uit een beroepsgroep die wel BIG-geregistreerd is.

De regiebehandelaar heeft een sturende rol en de regie over de behandeling.

3. Zorghouders

De zorghouder is een behandelaar en is de contactpersoon namens de regiebehandelaar voor de cliënt bij wie hij/zij terecht kan met alle vragen. De zorghouder is op de hoogte van alle zorg rondom de cliënt. Hij is verantwoordelijk voor de gedelegeerde coördinatie van de zorg en werkt nauw samen met de regiebehandelaar.

De zorghouder is bij voorkeur de behandelaar die de cliënt het meest ziet. Elke cliënt houdt dezelfde zorghouder gedurende de migraties in de behandeling (en soms in regiebehandelaar). Het zorghouderschap verandert wanneer cliënt gaat deelnemen aan een klinisch zorgtraject langer dan vier maanden.

Stopt het zorgtraject onvoorzien voor de termijn van vier maanden dan wordt het vorige zorghouderschap weer geactualiseerd. Het zorghouderschap stopt uiteraard ook indien cliënt gaat verhuizen of de behandelrelatie beëindigt. Hiervoor geldt echter ook dat indien het zorgtraject binnen vier maanden opnieuw start, het vorige zorghouderschap weer wordt geactualiseerd. Indien er professionele argumenten zijn om een andere zorghouder te willen toewijzen gebeurt dat door middel van bespreking in het MDO.

Naast het zijn van contactpersoon en het coördineren van de zorg is de zorghouder verantwoordelijk voor de evaluaties van het zorgplan. Voor de evaluaties regelt de zorghouder de benodigde metingen (MATE-outcome en Mansa) en in elk geval bij afsluiten van de behandeling ook de invulling van de CQi (cliënttevredenheid). In de forensische zorg gaat het om de MATE-outcome, de FARE of HKTR (risicotaxatie) en de CQi.

4. Multidisciplinaire behandeling en samenwerking met andere zorgverleners

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling is multidisciplinair overleg een voorwaarde. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt en diens naasten een zorg/behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit behandelplan wordt uitgevoerd en geëvalueerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van cliënt en legt samenwerkingsafspraken en onderscheiden verantwoordelijkheden in de behandeling van de samenwerkende zorgaanbieders vast in het dossier (EPD) van de cliënt.

Hoofdstuk 2 Overdracht regiebehandelaarschap

Daar waar het regiebehandelaarschap moet worden overgedragen, gebeurt dit zorgvuldig en in overleg met de cliënt en eventueel zijn naasten. Wisseling van regiebehandelaar zal in de praktijk voorkomen in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling,
- een wijziging in het zorgplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s),
- op verzoek van de cliënt (met redenen omkleed),
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is.

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle afspraken en legt deze vast in het EPD.

Overdracht regiebehandelaarschap

A. *Klinische opnames*

1. De klinieken bieden een specialistische verslavingsbehandeling in het totale behandeltraject van de cliënt.

Het regiebehandelaarschap wordt bij opname overgedragen aan de klinische regiebehandelaar. Na beëindiging van klinisch traject wordt het regiebehandelaarschap in beginsel weer overdragen aan de ambulante regiebehandelaar.

Bij wijzigingen van het zorgplan tijdens opname wordt er afstemming gezocht tussen de klinische en ambulante regiebehandelaar van de cliënt.

Het zorghouderschap blijft ten behoeve van continuïteit van contact bij de ambulante afdeling.

De taken en verwachtingen van de ambulante regiebehandelaar en behandelaren kliniek worden bij opname afgestemd.

2. Behandelverantwoordelijkheid bij externe verwijzingen (zij-instromers)

Cliënten die extern verwezen zijn, krijgen als eerste een klinische regiebehandelaar. Als er eerst gedetoxt moet worden, zal dit de regiebehandelaar van de opnamekliniek zijn. In andere gevallen is dit de regiebehandelaar van de overige afdelingen van de kliniek. Zodra de cliënt naar die afdelingen gaat neemt de regiebehandelaar het regiebehandelaarschap over.

Bij vertrek uit de kliniek is de regiebehandelaar van de kliniek verantwoordelijk voor de overdracht naar de (externe) ambulante (regie)behandelaar.

3. Wanneer de klinische behandeling afgelopen is, wordt het regiebehandelaarschap overgedragen.

Bij voortijdige beëindiging van de opname wordt het regiebehandelaarschap z.s.m.

overgedragen aan de poliklinische regiebehandelaar waar de cliënt in zorg was/komt. Bij reguliere afronding van opname draagt de (klinische) regiebehandelaar zorg voor een tijdige overdracht. Ter wille van de continuïteit wordt ruim voor de geplande ontslagdatum in het MDO het vervolgtraject vastgesteld en wordt het traject afgestemd met de aanstaande regiebehandelaar en eventuele zorghouder.

B. *Deeltijd*

Deeltijdbehandeling is als het ware een intensieve vorm van poliklinisch behandelen. Het regiebehandelaarschap ligt daarom bij de polikliniek of bij het FACT-team waar de cliënt in zorg is. De coördinerend behandelaar van de deeltijd is verantwoordelijk voor de behandeling op de deeltijd maar heeft geen trajectverantwoordelijkheid. Ruim voor het einde van het deeltijdprogramma stemt de coördinerend behandelaar van de deeltijd af met de regiebehandelaar over het vervolgtraject.

Wanneer een cliënt in vervolg op een lang klinisch traject wordt verwezen naar een deeltijdbehandeling, dan wordt het regiebehandelaarschap overgedragen naar de polikliniek of het FACT-team waar de cliënt in zorg komt.

C. Overdracht binnen de forensische zorg van VNN

Bij forensische zorg ligt in eerste instantie het regiebehandelaarschap bij de forensische polikliniek en klinisch bij het IMC. Na verblijf in een kliniek ligt het regiebehandelaarschap bij de forensische polikliniek als er sprake is van een primair forensische zorgvraag:

1. er is een matig of hoog risico op delictgedrag,
2. er wordt een specifiek forensisch zorgaanbod geboden aan de cliënt
3. de cliënt wordt geplaatst vanuit een tbs-titel of vanuit de maatregel ISD.

Als deze primaire forensische zorgvraag niet meer op de voorgrond staat kan het regiebehandelaarschap overgedragen worden aan een reguliere poliklinische of FACT-zorg regiebehandelaar.

Bij beschermd wonen ligt het regiebehandelaarschap voor de eerste zes maanden bij de forensische polikliniek. Daarna wordt in overleg bekeken hoe het verder gaat met het regiebehandelaarschap.

Hoofdstuk 3 Consultatie, escalatie en toezicht

De professional binnen VNN neemt verantwoordelijkheid voor de uitoefening van zijn beroep door zijn taken naar beste vermogen uit te voeren en verantwoording af te leggen over de uitvoering van de taken. De verantwoordelijkheid is terug te vinden in de professionele standaard van beroepsgroepen en multidisciplinaire richtlijnen. Daarnaast biedt een aantal wetten de professional belangrijke kaders. Door de grenzen goed te kennen, weet de professional de professionele ruimte optimaal te benutten.

De leidinggevende handelt vanuit de organisatiekaders van VNN en geeft leiding door te steunen, coachen, erkennen en door te sturen op resultaat. Samen zorgen zij voor kwaliteit van zorg. Om dit te kunnen, is het belangrijk wederzijds respect te hebben voor elkaar, vertrouwen op te bouwen, naar elkaar te luisteren en zich gehoord te voelen. Daarnaast is er van de professional en de leidinggevende leiderschap nodig om de beste zorg te leveren.

Ten aanzien van de toetsing van kwaliteit bestaat binnen VNN een professionele lijn:

1. De Raad van Bestuur delegeert het toezicht op verantwoorde zorg aan de directeur zorg.
2. De directeur zorg is verantwoordelijk voor het beleid, de innovatie en ontwikkeling van behandelinhoud en de manier waarop de professionals worden getoetst. De directeur zorg heeft overleg met de vakgroepen.
3. De regiodirecteuren geven de kaders aan de teammanagers.

Elke professional heeft de verantwoordelijkheid om een collega aan te spreken wanneer er sprake is van mogelijk disfunctioneel gedrag of wanneer niet conform het zorgplan gewerkt wordt.

Eenzijds is iedere professional verantwoordelijk voor het eigen handelen en kan hij hier intern en door de cliënt op worden aangesproken. Een professional, die geregistreerd is krachtens artikel 3 van de Wet BIG, kan daarnaast door de tuchtrechter worden aangesproken. Anderzijds is ook de instelling er wettelijk verantwoordelijk en aansprakelijk voor dat de zorg, die in VNN geleverd wordt, aan de professionele standaarden voldoet. VNN ziet erop toe dat de professionals verantwoorde zorg bieden in overeenstemming met wet- en regelgeving. Afwijken van de richtlijnen kan slechts beargumenteerd en gedocumenteerd gebeuren.

Op basis van dit professioneel statuut, de beroepsprofielbeschrijvingen en de zorgindeling maken professionals afspraken over de werk- en verantwoordelijkheidsverdeling. Deze afspraken komen niet alleen tot stand door de standaarden zelf, maar vooral door de interpretatie ervan door de professionals.

Binnen de vakgroepen komen de professionals van VNN bij elkaar om tot een interpretatie van protocollen en werkwijzen van en voor VNN te komen. De vakgroepen hebben via vertegenwoordiging in de MuSt (Multidisciplinaire Staf) overleg met het directieteam (DT) en de Raad van Bestuur.

VNN ondersteunt de professional in de uitvoering van zijn werkzaamheden en is voorwaardenscheppend. De organisatie ondersteunt de professional in het op peil houden en verbeteren van zijn/haar bekwaamheden onder andere door intervisie met vakgenoten. De precieze grenzen van het deskundigheidsgebied van de professional zijn dynamisch en afhankelijk van standpunten van de beroepsorganisaties, maar ook van de inspectie en de (tucht)rechter. Omdat er binnen VNN sprake is van samenwerking binnen en tussen beroepsgroepen, is het noodzakelijk dat men weet wat er tot het eigen deskundigheidsgebied wordt gerekend, en dat iedere professional ook goed op de hoogte is van het deskundigheidsgebied van de andere beroepsgroepen. Deze deskundigheid komt samen in de MuSt.

Consultatie

In een aantal gevallen dient de regiebehandelaar of specifiek de specialist (zoals verslavingsarts KNMG, psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist) geraadpleegd te worden. De behandelaar is verantwoordelijk voor het informeren van de regiebehandelaar en dient dit ook bij twijfel te doen, opdat de regiebehandelaar zijn verantwoordelijkheid kan nemen. In principe neemt een behandelaar in eerste instantie contact op met de zorghouder (indien aanwezig). In acute situaties kan de behandelaar direct een regiebehandelaar consulteren. De regiebehandelaar of specifiek de specialist, die verbonden is aan de afdeling kan besluiten om de behandeling of een deel van de behandeling waarop de vraag betrekking heeft over te nemen indien hij dat noodzakelijk vindt.

Een behandelaar raadpleegt in ieder geval de regiebehandelaar:

- wanneer de cliënt om een gesprek met de regiebehandelaar vraagt, wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering of herstel,
- wanneer er sprake is van een nog niet verwachte verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk afgesloten kan worden,
- bij andere ontwikkelingen die niet in het zorgplan zijn voorzien,
- wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken,
- bij suïcidaal (in elk geval vanaf ‘ambivalent’) en agressief gedrag van de cliënt naar zichzelf of anderen (in dit geval een klinisch psycholoog of psychiater raadplegen),
- bij een suïcide.

In alle gevallen waarin een regiebehandelaar geraadpleegd wordt, beoordelen de behandelaar en de regiebehandelaar samen of zij het nodig vinden dat de regiebehandelaar de cliënt zelf ziet en of er een andere specialist geraadpleegd moet worden. Een algemene regel is dat wanneer de behandelaar om een consult vraagt, de regiebehandelaar de cliënt spreekt.

Escalatieprocedure

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en het vaststellen van het zorgplan, de behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het individuele behandelbeleid. In situaties waarin de regiebehandelaar of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslissen deze. De beslissing om de regiebehandelaar of de psychiater in te schakelen ligt bij de behandelaar, omdat de behandelaar weet heeft van het actuele verloop. In overlegsituaties met betrekking tot diagnostiek en behandeling spant eenieder zich in om de betrokkenen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de regiebehandelaar veelal de voorzittersrol heeft. Wanneer een professional desondanks van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met zijn geweten, dan heeft hij de mogelijkheid de regiebehandelaar te laten weten, dat hij zijn medewerking aan de behandeling staakt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de cliënt door een andere professional; zo nodig ziet hij de cliënt op dat moment zelf.

Een professional kan zich wenden tot de teammanager en daarna tot de regiodirecteur wanneer hij zich niet kan neerleggen bij het besluit van de regiebehandelaar of wanneer hij meent, dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening conform zijn professionele standaard of beroepscode. Indien dit voor één van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de directeur zorg in afstemming met de Raad van Bestuur voor beleidsmatige zaken. Of tot de geneesheer-directeur voor gevallen rondom een individuele cliënt, bij meningsverschillen bij een individuele behandeling en/of gedwongen zorg (in het kader van de WVGZ).

Toezicht

Het algemene uitgangspunt is, dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden met elkaar in evenwicht zijn. Los van de lijnverantwoordelijkheid heeft ook elke professional de verantwoordelijkheid om een collega professional aan te spreken wanneer er sprake is van mogelijk disfunctioneel gedrag of wanneer er in de behandeling van een cliënt niet conform het zorgplan gewerkt wordt. De regiebehandelaar heeft in het bijzonder deze verantwoordelijkheid. De Raad van Bestuur houdt toezicht op de directeur zorg, de directeur zorg op de regiodirecteuren en directeuren op de teammanagers en deze op de professionals in zijn team of afdeling. Hierbij legt de Raad van Bestuur op zijn beurt verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De vereiste mate van toezicht is afhankelijk van het concrete geval.

Toezicht door geneesheer-directeur en de opleiders

De geneesheer-directeur en de opleiders hebben een wettelijk beschreven onafhankelijke verantwoordelijkheid. De geneesheer-directeur legt rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Toezicht (RvT) en de opleiders aan de Raad van Bestuur.

Verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur

- De geneesheer-directeur kent zijn functie en heeft zijn bevoegdheid vanuit de WVGZ. De geneesheer-directeur is een psychiater. De geneesheer-directeur wordt bij afwezigheid waargenomen door een waarnemend geneesheer-directeur. De waarnemend geneesheer-directeur kent dezelfde taken en bevoegdheden als de geneesheer-directeur.
- Als richtlijn is gekozen dat de beslissingsbevoegdheid van de geneesheer-directeur gericht is op WVGZ-taken en behandelbeleid betreffende individuele cliënten, terwijl de Raad van Bestuur en de directeur zorg verantwoordelijk zijn voor het bredere behandelbeleid. De geneesheer-directeur kan voor WVGZ-taken dwingende aanwijzingen geven aan professionals.
- De geneesheer-directeur heeft daarnaast een signalerende functie voor de kwaliteit van de zorg in bredere zin. De signalerende rol betreft de vraag of de hulpverlening in overeenstemming is met wettelijke vereisten. Ook heeft hij adviesbevoegdheid ten aanzien van het beleid, dat verbonden is aan de kwaliteit van de zorg en de juridische en ethische aspecten van het zorgbeleid. Bij conflicten die raken aan het psychiatrische beleid in bredere zin vindt overleg plaats tussen geneesheer-directeur, de directeur zorg en de Raad van Bestuur. Een eventuele opschaling vindt plaats naar de Raad van Toezicht. De geneesheer-directeur is het eerste aanspreekpunt voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij de toepassing van de Wet WVGZ en is verantwoordelijk voor de wettelijke meldingen aan de inspectie rondom suicides en suïcidepogingen met ernstig letsel.

Verantwoordelijkheid van de opleider

In het kader van de verschillende opleidingen zijn opleiders aangesteld, te weten de opleider Psychiatrie, de opleider Psychologie (de opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog), de opleider Verslavingsarts KNMG en de opleider Verpleegkundig Specialist. De opleider draagt medeverantwoordelijkheid voor de algemene kwaliteit van de hulpverlening op het eigen vakgebied op de afdelingen waar zijn professionals in opleiding werken. Hij geeft vorm aan deze verantwoordelijkheid door het signaleren van knelpunten en kan zich hiertoe rechtstreeks tot directeur zorg en/of Raad van Bestuur wenden. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de opleiders zijn vastgelegd in een apart document. Dit document is een uitwerking van eisen voor een opleider, zoals vastgelegd in de landelijke opleidingseisen ten behoeve van de bovenbeschreven beroepen.